



Aktenzeichen:

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die Kurzzeitpflege	
A. Angaben zur Person	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
B. Angaben zur Kurzzeitpflege	
Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht nur, wenn kein Pflegegrad oder Pflegegrad 1 vorliegt und die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen. Es muss ein Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung gegeben sein. Kurzzeitpflege ist erforderlich vom _____ voraussichtlich bis _____ (max. ____ Tage) Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr ☐ wegen schwerer Krankheit _____ Diagnose ☐ wegen akuter Verschlimmerung der Krankheit _____ Diagnose Im Anschluss an eine ☐ Krankenhausbehandlung ☐ ambulante Operation ☐ ambulante Krankenhausbehandlung Ein Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung ist gegeben; häusliche Krankenpflege reicht nicht aus. Begründung: ☐ Die Kurzzeitpflege ist erforderlich aufgrund eines Unfallereignisses oder aufgrund von Unfallfolgen. ☐ Die Maßnahmen der Kurzzeitpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden.	
C. Unterschrift	
Für Rückfragen sind wir erreichbar unter der Telefonnummer _____ Bitte Durchwahl angeben _____ Datum _____ Stempel/Unterschrift	